付表２－１

　旧介護予防通所介護に相当する通所型サービス又は通所型サービスＡの事業者に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | |
| 電子メールアドレス | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管  理  者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 名　　前 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する職種がある場合は、当  該職種の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同一の敷地内の他の事業所又は施設において兼務する職種がある場合 | | | | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する職種の名称、勤務時間等 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | 単位 | | | 旧介護予防通所介護に相当する通所型サービスと同時に通所介護又は地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | |
| 単位別の従業者の職  種及び員数 | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | | |
| 専 従 | | | | | 兼 務 | | | | | 専 従 | | | | | 兼 務 | | 専 従 | | 兼 務 | | | 専 従 | | 兼 務 |
|  | 常勤（人） | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  | 非常勤（人） | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | 平方メートル | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主  な  掲  示  事  項 | 定　　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 営 業 日 | | 日 | 月 | | 火 | | 水 | | | | 木 | 金 | | | | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  |  | | | |  | |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | ～ | | | | | | | | | | | 土曜日 | | | ～ | | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | | |
| サービス  提供時間 | | 平日 | | ～ | | | | | | | | | | | 土曜日 | | | ～ | | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | | |
| 利 用 料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の  費　　用 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業  実施地域 | |  | | | | | | ② | | | | | | | | | ③ | | | | | ④ | | | | | ⑤ | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　１　記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載し、又は別様に記載した書類を添付すること。

２　当該事業所の所在地以外の場所で当該事業の一部を実施するときは、付表２－２に必要事項を記載して、添付すること。

３　「主な掲示事項」の欄への記載については、当該欄に記載すべき事項を記載した書類を添付することをもって、これに代えることができる。

付表２－１（別紙）

旧介護予防通所介護に相当する通所型サービス又は通所型サービスＡ

の事業者に係る記載事項（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単  位 | 単位別の従業者  の職種及び員数 | | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | | 介護職員 | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  |  |
| 非常勤（人） | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  |  |
| 主な掲示事項 | 定　員 | 人 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 営業日 | 日 | 月 | | 火 | 水 | | 木 | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |
| 営業時間 | 平日 | | ～ | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| サービス  提供時間 | 平日 | | ～ | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| 単  位 | 単位別の従業者  の職種及び員数 | | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | | 介護職員 | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  |  |
| 非常勤（人） | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  |  |
| 主な掲示事項 | 定　員 | 人 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 営業日 | 日 | 月 | | 火 | 水 | | 木 | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |
| 営業時間 | 平日 | | ～ | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| サービス  提供時間 | 平日 | | ～ | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| 単  位 | 単位別の従業者  の職種及び員数 | | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | | 介護職員 | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  |  |
| 非常勤（人） | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  |  |
| 主な掲示事項 | 定　員 | 人 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 営業日 | 日 | 月 | | 火 | 水 | | 木 | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |
| 営業時間 | 平日 | | ～ | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| サービス  提供時間 | 平日 | | ～ | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |

注　記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載し、又は別様に記載した書類を添付すること。

付表２－２

旧介護予防通所介護に相当する通所型サービス又は通所型サービスＡの一部を事業所の所在地以外の場所で実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の一部を実施する施設の数 | | | | | | | | | | | | | 施設 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 事業の  一部を  実施す  る施設 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| 旧介護予防通所介護に相当する通所型サービスと同時に通所介護又は地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専 従 | | | 兼 務 | | | | | 専 従 | | | | 兼 務 | | | 専 従 | 兼 務 | | | 専 従 | 兼 務 |
|  | 常勤（人） | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | |  |  |
|  | 非常勤（人） | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | 平方メートル | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主  な  掲  示  事  項 | 定　　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 営 業 日 | | 日 | | 月 | | | 火 | 水 | | | 木 | | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | |  | |  | | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| サービス  提供時間 | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| 事業の  一部を  実施す  る施設 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| 旧介護予防通所介護に相当する通所型サービスと同時に通所介護又は地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専 従 | | | 兼 務 | | | | | 専 従 | | | | 兼 務 | | | 専 従 | 兼 務 | | | 専 従 | 兼 務 |
|  | 常勤（人） | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | |  |  |
|  | 非常勤（人） | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | 平方メートル | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主  な  掲  示  事  項 | 定　　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 営 業 日 | | 日 | | 月 | | | 火 | 水 | | | 木 | | 金 | | | 土 | 祝 | | その他年間の休日 | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | |  | |  | | |  |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |
| サービス  提供時間 | | 平日 | | | | ～ | | | | | | | | | 土曜日 | | ～ | | | | | | 日曜日  ・祝日 | ～ | | |

注　記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載し、又は別様に記載した書類を添付すること。